

При этом проводится подробное структурирование содержательной части проекта с указанием поэтапных результатов и сроков представления результатов другим учащимся группы или учащимся других групп. В основе учебных проектов лежат исследовательские методы обучения. Использование умений работать на компьютере с использованием различных программ при проведении проектов, способствует созданию ситуации успеха у студентов, повышает их мотивацию и развивает творчество, формирует дух здоровой конкуренции. Таким образом, использование в физиологическом практикуме информационно-коммуникационных технологий позволяет моделировать различные условия учебного процесса, к которым студенту необходимо быстро адаптироваться, что способствует развитию и проявлению ключевых компетенций.

Литература:

1. Образовательный менеджмент: Учебное пособие для магистратуры по направлению «Педагогика» / Певзнера М.Н. и др. // сост. Под общ. Ред. Иванова Е.В., Певзнера М.Н. – Великий Новгород: НовГУ им.Ярослава Мудрого. – 2010. – 412 с.
2. Педагогическая подготовка студентов: компетентностный подход / О.Л. Жук. – Минск: РИВШ, 2009. – 336 с.

КОМПЕТЕНЦИИ И КОМПЕТЕНТНОСТЬ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ: АРГУМЕНТЫ И ФАКТЫ ИЗ 25-ЛЕТНЕГО ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО ОПЫТА

Ларичев А.Б.

*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия»
Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация*

В последнее десятилетие для квалификационной характеристики выпускника медицинского вуза используют термины компетенция и компетентность. На страницах специальной печати фигурируют различные версии их интерпретации, и всё же большинство склоняется к классической трактовке данных понятий [1]. В соответствии с ней, обучаясь в высшем учебном заведении, студент шаг за шагом должен овладевать обширным кругом умений, совокупность которых в настоящее время определяется понятием компетенция. Применительно к медицине, в конечном счёте, этот процесс должен выливаться в способность «новоиспечённого» врача решать различные проблемы в повседневной, профессиональной или социальной жизни, т.е. проявлять компетентность. Отсюда следует, что под компетенцией следует понимать требования, предъявляемые обществом к специали-

сту. В свою очередь, компетентность представляет собой индивидуальное личностное качество, включающее не только (и не столько) знания, но и мотивацию, и ценности, а также практический опыт использования того, что было приобретено в процессе обучения, позволяя специалисту качественно выполнять свои профессиональные обязанности [2, 3]. Исходя из изложенного, следует логичный вопрос – каковы же реалии соответствия требований к подготовке выпускника медицинского вуза и получаемым результатом? Данное обстоятельство берётся за основу оценки эффективности работы высшего учебного заведения. Справедливо ли это?

В поисках адаптации системы подготовки медицинских кадров в России к Европейскому «эталону» высшего образования разработан Федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС-3), действующий с 2011 года, и новая его версия ФГОС-3 (+), не имеющая пока законной силы. В обоих документах представлен перечень компетенций, которыми обязан обладать обучающийся (читай, чему должны учить в медицинском вузе). Представляется логичным выделение в ФГОС-3 ряда общекультурных (ОК) и профессиональных (ПК), в новом варианте – общекультурных (ОК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций. Более того, создатели стандартов позаботились распределить обязанности по формированию компетентности между кафедрами, закрепив за каждой из них свои компетенции. Так, по специальности «Лечебное дело» для дисциплин, входящих в базовую часть профессионального цикла С.З., определены ОК-1, ПК-1, 3, 5, 7-8, 10-32. Отсюда следует, что при создании учебно-методического комплекса из этого списка надо выбрать ту или иную компетенцию, соответствующую конкретной дисциплине. «Прелесть» таких предложений заключается в том, что подобная структуризация результатов образования, которые должен демонстрировать обучающийся, позволяет довольно чётко представить содержание предмета в аспекте того, что студент должен знать, уметь и владеть по завершении дисциплины. Подобный расклад является своего рода детальным планом программы по конкретной дисциплине, соответствующих учебников, пособий и рекомендаций, а также контрольно-измерительных материалов, используемых в педагогическом процессе.

Вместе с тем, элементарная логика свидетельствуют о том, при освоении, например, дисциплины «Общая хирургия» среди общекультурных компетенций формируется не только ОК-1 (способность и готовность использовать методы различных наук в профессиональной деятельности). Полагаю, никто не будет возражать против того, что при изучении многих общехирургических тем закладывается способность и готовность к анализу основных философских категорий, ши-

роко используемых в диагностическом процессе (дедукция, индукция, анализ, синтез, интуиция) – суть ОК-2. Рассматривая практически каждую тему, в обязательном порядке делается исторический экскурс к истокам зарождения методов диагностики или лечения с использованием историко-медицинской терминологии (ОК-3). С другой стороны, сама по себе общая хирургия является пропедевтической дисциплиной, и при её освоении формируется способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, сохранять врачебную тайну (ОК-8). Станным выглядит исключение из перечня компетенций, которые формируются на клинических кафедрах, такого требования, как способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом ответственность (ПК-4) [4]. Справедливости ради укажем, что версия ФГОС-3 (+) предоставляет свободный выбор компетенций, относящихся к конкретному изучаемому предмету. И это вселяет оптимизм.

Стоит заметить, что практика распределения компетенций между дисциплинами по принципу «всем невестам по серьгам» порочна. Например, в соответствии с ФГОС-3 способность и готовность проводить патофизиологический анализ клинических синдромов (ПК-6) является прерогативой нормальной и патологической физиологии. Действительно, начала данной компетенции осваиваются при изучении этих дисциплин, однако, познавая то или иное заболевание на клинической кафедре, невозможно пройти мимо всесторонней интерпретации симптомокомплексов, в том числе с учётом патофизиологических аспектов проблемы, развивая тем самым столь необходимое для врача клиническое мышление. Более того, ответственность за формирование этой, как и многих других компетенций, должна возлагаться на все дисциплины, при изучении которых познаются принципы диагностики и лечения различной патологии. Именно так может быть обеспечена преемственность в преподавании, как необходимый компонент качественной подготовки специалиста.

К счастью, в ФГОС-3 сохранилась десятилетиями поддерживаемая триединая парадигма отечественного образования – знание, умение и навык, которая не позволяет «выплеснуть ребёнка (знание) вместе с грязной водой». Не стоит бояться, что изложенное идёт в разрез с истинной сутью понятия компетенция, способствующего искусственному созданию номенклатуры профессий знаниевого и компетентностного профиля [5]. Уместно напомнить, профессионализм врача не может и не должен сводиться только к компетентности, которая подкрепляется требованиями действовать в соответствии со стандартами – это в чистом виде фельдшеризм. Бесконечное разнообра-

разие клинических ситуаций требует обширных знаний, наряду с умениями они позволяют врачу проявить клиническое мышление и оказать-ся «на белом коне».

Наконец, ещё одно напоминание многовекового отечественного опыта подготовки врача – вне зависимости от «успешности» вуз в силу ряда объективных обстоятельств в период учёбы в нём большинство навыков приобретается в качестве знаний и умений. Формирование же навыка на уровне владения происходит в процессе работы непосредственно с пациентом. Кстати, именно это имеют в виду, когда говорят о компетентности врача, которая как личностная характеристика появляется с опытом в течение многих лет повседневной практической деятельности. Отсюда очевидна ошибочность широко распространяемого мнения тех, кто полагает, что в современных условиях «знаниевое» образование неэффективно и нецелесообразно [6]. Более того, в системе высшего медицинского образования такого никогда и не было, процессу обучения будущего врача всегда придавалась практическая направленность. Из изложенного следует абсолютная справедливость заключения: «компетентностная модель специалиста не является моделью выпускника, ибо компетентность неразрывно связана с опытом успешной деятельности, которого в ходе обучения в вузе студент в должном объеме приобрести не может» [7]. Элементарная логика понимания этих простых вещей позволяет избежать неоправданности упреков в отношении того, что веками создававшаяся система подготовки врачебных кадров изжила себя и требует коренных преобразований. Вот так – *haechabui, quaedixi* – что имел, то сказал.

Литература:

1. Харитонов Е.В. Об определении понятий «компетентность» и «компетенция» // Успехи современного естествознания. 2007. № 3. С.67-68.
2. Комарова А.В. Понятия «компетентность» и «компетенция» как смыслообразующие единицы компетентностного подхода // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2010. № 123. С.195-200.
3. Компетентностный подход в подготовке кадров в области гуманитарных технологий / Под ред. В.Г.Зарубина, Л.А.Громовой. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.Н.Герцена. 2007. С.18.
4. Ларичев А.Б. Программа по общей хирургии в свете требований ФГОС-3: классическое содержание в новом оформлении // Материалы VIII Всероссийской конференции общих хирургов. Самара. 2014. С.283-285.
5. Андреев А. Знания или компетенции? // Высшее образование в России. 2005. №2. С.3-11.
6. Байденко В. Компетенции в профессиональном образовании (К освоению компетентностного подхода // Высшее образование в России. 2004. № 11. С.3-13.
7. Татур Ю.Г. Компетентность в структуре модели качества подготовки специалистов // Высшее образование сегодня. 2004. № 3. С.21-26.